

Ⅲ 地域福祉・コミュニティグループの調査・研究活動とその成果

Ⅲ-2 エビデンスベースの地域政策デザインに向けて

佐無田 光

地域包括ケアとエリアマネジメント研究会では、これまでの研究成果を取りまとめて書籍として出版した（佐無田光・平子紘平編著『地域包括ケアとエリアマネジメント ーデータの見える化を活用した健康まちづくりの可能性』ミネルヴァ書房、2019年3月）。ここでは、筆者が担当した序章を要約して紹介にかえたい。

1. 地域再生の現代的課題と地域政策デザイン

地域は今、過疎・高齢化、貧困・格差、自然災害といったリスクの増大に直面しており、地域再生の道筋をつけるための政策的対応が課題となっている。キャッチアップ型工業化の時代と異なり、現代の地域再生の諸課題には一律の答えは見出しがたい。新しい社会的制度の形は未だ確立されていない。それぞれの地域社会が、生き残りを自ら模索せざるを得ない状況にある。そのために、地方自治体をはじめとして地域社会の担い手自身が、地域固有の状況と課題に応じた対策を試みるような地域政策デザインが必要とされる。それも、個々の課題別に取り組むのではなく、「制度間の補完性」が成り立つように、地域一体的、相互補完的、政策統合的、同時解決的に取り組めるかどうか、新しい地域政策の鍵である。地域における複合的な社会的課題に取り組む上で、計算可能な最適解や即効薬があるわけではなく、地域住民や関係者による学習と協働を積み重ねるしかない。多様な条件の地域の現状に対応して課題解決を進めるための具体的な手順として、少なくとも以下のような政策工程を一般的にデザインすることができる。

①現状の分析、定量的・定性的把握。

②地域の関係者による学習コミュニティの形成。先進事例や関係者のヒアリング。課題の共有。

③関係者の合意形成と事業実験。地域のアクターの連携による新しい組織化。

④地域課題に応じた制度の設計、施設の配置、需給の管理、サプライチェーン（生産・流通の流れ）等の計画。

これらを自治体行政任せとするのではなく、地域の関係者が一緒になって進めていく複合的な過程が重要である。特に、地域の社会的課題を分析・整理し、課題解決の順序立てを明らかにして、効果を検証し、利害関係者の合意形成のための的確な知見を与える上で、地域の大学やシンクタンクの研究力・分析力を有効に活用していくことが求められる。

2. 証拠に基づく政策立案（EBPM）

近年、エビデンスに基づく政策展開がテーマとなっている。日本では2007年に統計法が全面改正されたことを受けて、総務省は2009年より「公的統計の整備に関する基本的な計画」を策定した。新統計法では、大学や研究機関が「匿名データ」を二次利用することを認め、国家の管理する統計情報から広く一般に利用可能な統計情報とすることを図っている。2011年に閣議決定された第5次科学技術基本計画では、「国は、『科学技術イノベーション政策のための科学』を推進し、客観的根拠（エビデンス）に基づく政策の企画立案、

その評価及び検証結果の政策への反映を進めるとともに、政策の前提条件を評価し、それを政策の企画立案等に反映するプロセスを確立する」と謳われた。

内閣府の IT 総合戦略本部の下で 2012 年には「電子行政オープンデータ戦略」が策定され、これに基づいて、公共データ活用のためのルール等の整備、データカタログの整理、データ形式・構造等の標準化の推進などが順次検討されている。2017 年には、統計改革推進会議の最終とりまとめを受けて、首相官邸に「EBPM 推進委員会」が設置された。EBPM (Evidence-Based Policy Making) とは、もともとはイギリスやアメリカを中心に、できるだけ客観的な疫学的観察や統計学による治療結果の比較に根拠を求めながら、患者と共に方針を決める「根拠に基づく医療 (Evidence-based Medicine : EBM)」が進展し、これが他分野にも波及して社会科学や政策の分野でも取り入れられるようになったものである。

ある課題を解決するに際して、考える複数のアプローチの中から最適な選択をするために必要となるのがエビデンスである。イギリスでは、政府経済サービス (Government Economic Service) と呼ばれる政策コンサルタントが発達しており、専門性と独立性の高い外部機関が、政策形成のためのエビデンスに基づいた分析、実施された政策の監視と評価、経済効果や効率性の観点からの政策の優先順位づけ等を実施する体制になっている。よくある誤解として「データ＝エビデンス」ではなく、エビデンスとは、政策がアウトカム (成果) に影響を及ぼした因果関係をデータ分析で示すことにある (伊藤 2017)。エビデンスは 1 つではなく、ポートフォリオとしてとらえられ、質の高い複数のエビデンスをバランスよくメタ解析することが重視される。

2014 年から始まった日本政府の「地方創生」政策においても、こうした文脈から「エビデンスを基にして政策を立案する体制をつくる」ことが重視されている。内閣府によって RESAS (Regional Economy and Society Analyzing System : 地域経済分析システム) が整備されたのも同様の問題意識による。RESAS は、産業構造や人口動態、人の流れなどに関する官民ビッグデータを集約して可視化を試みるシステムであり、自治体職員だけでなく、地域の活性化に関心をもつ多様な人々によって、効果的な施策の立案・実行・検証のためなどに広く利用されることを想定して整備されてきた (日経ビッグデータ編集部 2016)。地方版総合戦略の中では、PDCA サイクルのもと、KPI (重要業績評価指標 : Key Performance Indicator) と呼ばれる数値目標を置いて、効果検証と改善を実施することとされている。

地方創生政策においては、このようにエビデンスに基づく評価スキームが用意されているが、しかし残念ながら有効に機能しているとは言い難い。KPI は、住民にもたらされた便益 (アウトカム) を引き出すために実施された行政サービスの効果 (アウトプット) という関係性を踏まえて設定・評価されることが望ましいとされている。しかし、実際には、単純に事業の実施数といった行政サービスの供給量や、事業への参加者数といった公共サービスに対する需要の大きさを指標としているケースが多く、目標に対する効果的な評価指標になっていない、あるいは、施策の前提となる社会実態の把握のために使われるべき指標が、行政施策によるコントロールが可能な数値かどうかを吟味せず、そのまま KPI として設定されているなど、KPI の目的が理解されていない実態があるという (林 2015)。

そもそも今回の地方創生政策は、必ずしも地方自治体の自発的な動機によって始まっているわけではなく、国による上からの働きかけによって地域間競争を促されている面がある。そのため、地方自治体の対応としては、短期的な予算確保のために受動的に KPI を設

定したり RESAS を使用したりする姿勢になりがちである。これは垂直統合型の統治システムの根本的な問題点であり、国が主導すればするほど現場は形式的対応を強めていく。

地域再生には本来、現場の意欲や危機感に基づいた学習と協働が不可欠であり、それは時間のかかる社会運動を要する。垂直的統治のもとでの数値目標は、管理主義、形式主義の弊害（実質性の乏しい書類仕事）を増やすだけで、本来の能動的な EBPM とは程遠いものになっている。国の主導する政策目標と地域の実態との間には大きな乖離が存在している。それでは、地域政策の EBPM を機能させて、実質的に地域の課題解決に結びつけていくためにはどうしたらよいか。上からの管理主義的な政策誘導に対して、本稿が提起するのは、地域の多様な関係者によるボトムアップ型の政策連携である。共創的な学習過程なしに、単なる分析ツールや評価項目が与えられるだけでは、EBPM は有効化しない。地域的なネットワークによる連携体制の中に地方大学や研究機関を取り込んで、自治体や政策関係者が EBPM の考え方を研究者らと共に実践し、次第にノウハウを習熟していく過程が重要である。

3. 超高齢社会の地域政策デザイン

医療現場においては、「根拠に基づく医療（EBM）」によって治療法を選択する潮流が展開している。地域社会のレベルでも、エビデンスに基づく看護、介護、地域医療が課題となっている。要介護者や認知症患者がそれぞれ数百万人に達する時代になり、例えば認知症の発症を予測し、予防的対策によってできるだけ進行を遅らせるといった取組みを、エビデンスに基づいて検証しながら、科学的な対策をとっていく必要がある。

超高齢社会の地域政策デザインの軸となるのは、医療システム、介護システム、在宅ケアシステム等を連携させた、いわゆる「地域包括ケア」システムである。厚生労働省は「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築」を推進しており、それは「保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要」だとされている。

高齢者多数の社会を想定するならば、交通システムや都市計画のあり方も従来とは考え方を変えていかねばならない。個々人が自動車を駆使して自由に移動することを前提とするシステムでは成り立たなくなる。医療と同じく、対症療法型から予測に基づく予防的アプローチへとシフトし、健康に暮らせる都市デザインを実現することが課題となる。例えば、社会的弱者、交通弱者の分布を予測し、公共交通を軸にした移動時間の少なくて済む都市空間を設計すること、世代構成や福祉需要の将来予測に基づいて適切に施設配置を進め、高齢者の暮らしやすい地域コミュニティの機能を効果的に支援していくこと、災害時の弱者となる可能性のある人々の数や状態を把握し、物理的な災害発生確率と照らして地域防災計画に反映させることなどが求められる。

つまり、地域包括ケアシステムと地域の諸計画（都市計画、交通計画、防災計画、エネルギー計画等）を連動させていく「政策間連携」が課題となる。国土交通省は、2014 年に「健康・医療・福祉のまちづくりの推進ガイドライン」を示している。これによれば、地域の現状・将来の把握と「見える化」を推奨し、①運動習慣、②コミュニティ活動、③都市機能の計画的配置、④歩行空間、⑤公共交通の 5 つを「必要な取組み」として、それぞ

れの「診断」を踏まえて、まちづくりの取組みパッケージを作ること求めている。狭い健康福祉行政の枠組みを超えて、総合的な「健康まちづくり」を実現するためには、各部署に分かれている施策や情報の統合活用が課題となる。

超高齢社会の到来によって医療・福祉部門が経済循環に占める比重はますます大きくなっている。経済活動別国内総生産で見ると、2015年に「保健衛生・社会事業」は36兆1,200億円を生産し、国内総生産に占める比重は1994年の4.2%から2015年には6.8%に増えている。これに加えて、家族や地域社会において担われるケアのように、病院など事業者への支払いの形を取らない「見えないコスト」が存在する。介護のために仕事を離職するケースが増え、社会問題となっている。慶應義塾大学佐渡充洋グループによる「認知症の社会的費用の推計」によれば、2014年の日本における認知症の社会的費用は、年間約14.5兆円と推計され、その内訳は、①医療費1.9兆円、②介護費6.4兆円に加えて、③家族等が無償で実施する介護であるインフォーマルケアのコストが6.2兆円に上る（佐渡他2015）。

巨額の財政赤字を抱える日本では、財政の負担になる社会保障費の抑制が至上命題となる一方、いまや医療・福祉部門は地域経済における唯一の雇用拡大部門である。経済センサスによれば、首都圏と中部・関西7府県を除いた地方圏の事業所従業者数は2009年から2014年にかけて約83万5,000人純減しているが、医療・福祉部門だけが約68万人の純増であり、地方の雇用増のほとんど唯一の受け皿になっている。医療・福祉から他部門へのトリックル・ダウン効果も無視できない規模である。医療サービス活動および介護サービス活動の生産波及効果と雇用創出効果は全産業部門の平均や公共事業の効果よりも大きいことが示されている（塚原2011）。

しかしその一方で、医療・福祉分野の1人当たり平均月間現金給与総額は減少傾向にある。「社会保険・社会福祉・介護事業」の就業者は、2003年から2015年にかけて約200万人増えて倍増したのに対して、社会保険・福祉分野の賃金は2000年から10年間で20%も大幅に下落した。この原因はパートタイム労働者や、ホームヘルパーなど比較的賃金の低い職種が増えたことにも起因するが、国が運営する介護報酬制度による賃金抑制が影響しているという（近藤2017）。

厚生労働省は医療費適正化計画を策定し（2018～2023年は第3期計画期間）、医療費の地域差縮減を目標として、医療保険データベースの1つとして「医療費の地域差分析」を公表している。しかし、社会保障費の総額抑制の側面ばかりではなく、介護離職などインフォーマルケアコストへの圧迫や、医療・看護・介護労働者の労働条件、医療・福祉部門の経済波及効果など、経済循環の多局面に目を向けなければならない。今後の地域経済は医療・福祉部門を1つの軸として回っていく可能性が高く、医療・介護経済のかじ取りは地域経済政策としても重要になってくる。

このように超高齢社会になれば、地域包括ケアと都市計画、さらに産業・雇用政策などが制度的に補完しあうように、諸政策をすり合わせ、一体的に整備されていかねばならない。しかし、地域包括ケアの計画づくりを担う地方自治体の政策現場の多くは、これまで健診率の向上や保険会計の管理などの実務的な業務に終始してきた。新しい総合的な政策課題に対応した独自の地域福祉政策を考案するノウハウを形成できてはいない。ガイドラインやモデルをそのまま当てはめるのではなく、自分たちの地域の実情に応じた独自の地域福祉政策として、何を判断材料や評価基準として何をすればよいのであろうか。

4. 地域包括ケアの EBPM

アベノミクスの“第3の矢”として政府が2013年に発表した「日本再興戦略」では、「国民の健康寿命の延伸」を重要な柱として掲げたが、「保険者は、健康管理や予防の必要性を認識しつつも、個人に対する動機付けの方策を十分に講じていない」ことを問題点として指摘し、「全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータの分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画として“データヘルス計画”の作成・公表、事業実施、評価等の取組を求めるとともに、市町村国保が同様の取組を行うことを推進する」ことを求めた。「データヘルス計画」とは、レセプト・健診情報等のデータの分析に基づく、効率的・効果的な保健事業をPDCAサイクルで実施するための事業計画のことであり、電子化された健康・医療情報を分析し、被保険者等の健康課題を明確にした上で、事業の企画を行うものとされている。

これを受けて、厚生労働省はレセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）を整備して、レセプト情報の第三者提供を2013年度から本格実施している。また、国民健康保険中央会は2014年より、保険者の効率的な保健事業の実施をサポートする目的で国保データベース（KDB）システムの開発・提供を行っている。さらに厚生労働省は、介護保険事業計画等の策定・実行を総合的に支援するために「地域包括ケア『見える化』システム」を開発・提供して、これを利用した地域分析の手引きを公表している（2017年）。

このようにして「エビデンスに基づく地域福祉政策」を進めるための情報基盤は着々と整えられてきているように見えるが、それを地域の現場で活用するには実はまだまだ課題が多い。まず、KDBの個票データは市町村国保が管理するため、その活用範囲は実質的に市町村の判断に委ねられている。KDBは個人情報を含み、たとえ匿名化されたとしても、狭い地域の実態からは、属性情報を通じて個人が特定されてしまう可能性がないとは言えず、情報管理の担当部局から利用に制約がかかっているのが現状である。

市町村が地域包括ケアのプランづくりに活用するために、独自にレセプト・健診等のデータベースを利用しようとしても、日本の保険制度は分立型であるため、市町村の管轄するKDBと後期高齢者医療制度だけだと地域住民の一部をカバーしているに過ぎない。主に中小企業の従業員を対象とする協会けんぽ（全国健康保険協会）、大企業に多い組合健保（組合管掌健康保険）、主に公務員の加入する共済組合（国家公務員、地方公務員、省庁単位別）が、別個にデータベースを管理しており、それぞれの判断で個人情報管理のルールが異なる。しかも、被保険者が所属する組織を超えて異動したり退職したりすると、そのつど保険制度も切り替わる仕組みになっているため、個人の情報さえつながっていない。

つまり、健康データを利用した政策立案という課題は、日本ではまだようやくデータの初期条件が整い始めた段階で、まだ実質的には作動していない状況にある。それは規範的なルールや技術によって解決可能というよりは、諸々の障害を1つずつ明らかにして、組織横断的に対応していくべきガバナンスの問題である。そこで現実的な取組みとしては、自治体が研究機関と連携して、一步一步実績を積み上げていく共同学習の過程が重要である。この現場のプロセスがあってこそ、どういう基準でどのデータベースをどの機関とどのように使えばよいのか、それによって実際のEBPMをPDCAサイクルでどのように回していけばよいのか、初めて地域政策のノウハウとして「社会実装」されていく。

5. 社会実装への道のり

金沢大学では、文部科学省の「地（知）の拠点整備事業（COC：Center of Community）」の採択を受けて（2013～17年度）、地域関係者のニーズと学内外の研究シーズのマッチングにより、「多対多」の研究プロジェクトを推進してきた。この取組みを進める中で、地域の課題の1つとして、2013年に石川県小松市よりデータヘルス計画の相談があった。これをきっかけに、KDBを中心に高齢者健康データの地域特性を把握し、それをエビデンススペースの健康まちづくり政策につなげていくという研究課題の着想を得て、翌2014年「地域包括ケアとエリアマネジメント研究会」（通称：ケアエリア研）が組織された。2015年に日本学術振興会「課題設定による先導的人文学・社会科学研究推進事業」の採択を受けたことで、ケアエリア研の活動は軌道に乗り、順次自治体との連携を増やしてきた。（ケアエリア研の具体的な研究テーマについては、これまでの年報にも掲載してきたことから、ここでは省略する。）

現段階での社会実装の状況を、このプロジェクトのきっかけにもなった小松市での事例で概観しておこう。2014年に個人情報管理の手続きを詰めた上で、2015年から小松市より国民健康保険データの提供が実現した。KDBの個票データそのものではなく、郵便番号ベースで地区統合化されたデータが大学に提供されている。さらに2016年には、石川県後期高齢者医療広域連合と調整した上で、後期高齢者医療保険のデータベースを個票レベルで突合し、これをやはり郵便番号ベースに地区統合化したデータが大学に提供された。

地区単位に統合されて完全に匿名化されているとはいえ、自治体としては生々しい地域の数値を曝け出すことには慎重にならざるを得ない。そこで、解析された分析結果を完全にオープンにするのではなく、情報公開の範囲を限定した。基本的に開示されるのは、関係する行政内部、地域の保健関係者、地区別保健指導や健康推進講座などの機会（対象となる住民）に限り、大学側が論文や報告で使う際には事前に一報を入れることとした。狭い部局単体に閉じるのではなく、庁内横断的に交通政策や防災政策など他部局の分析でも「見える化」された健康データを分析・活用する道筋が開かれている。自治体の現場では個人情報の取り扱いに過度に慎重になって、せっかくの情報も部局内で死蔵化されることがよくあるが、小松市では、「関係者に問題を共有してもらうために積極的に活用を図る一方、アクセスフリーとはしない」という原則で、「見える化」データの「情報展開」に努めている。この点は、自治体それぞれに事情があるため、画一的なルールではなく、個別に自治体と大学研究者の間で情報管理ルールを調整しておくことが必要である。

ただし当初は、レセプト・健診データの「見える化」に関して、大学研究者が研究したいことと、市が協力を依頼したいこととがなかなか一致せず、双方にもどかしさがあった。そこで2016年に小松市予防先進政策会議を設置し、ここで定期的に研究成果を報告するとともに、自治体や保健の現場の意見を反映させつつ、研究者と一緒に「見える化」されたデータの分析と施策への反映可能性を検討する体制を整えた。問題共有の場を設けたことで調整が進みやすくなり、現場のヒントで研究課題も進展するようになってきた。

大学研究室でのデータ解析を元にして、小松市予防先進部では「地域の健康状態の見える化」プロジェクトを展開している。2017年度には、国保加入者の特定健診結果（2016年度）を地区（小学校区）ごとに比較し、地区特性を踏まえて健康状態改善のために優先して介入すべき地区を把握し、介入プロジェクトにつなげる取組みを行った。具体的には、

血圧保健指導の該当者割合と血糖値（ヘモグロビン A1c）保健指導該当者割合の高い地区を抜き出し、地区ごとにそれぞれ生活習慣改善を促す健康推進プロジェクトを実施した。生活習慣の改善が効果を上げるかどうかを検証するためには長期間データを取り続けなければならないが、政策としては短期的な評価も必要であるため、プロジェクトによってどれだけ生活習慣を改善する意識がついたかどうかを答えるアンケート調査を実施した。このプロジェクトには、金沢大学保健学系の市森明恵助教が地区特性データの読み解きと、評価項目の作成、および結果の分析に関わっている。

当該ケースでは、現場と研究のフィードバックを通じて、エビデンスに基づいて施策メニューを決め、当該施策の効果を検証しながら施策の精度を上げていくサイクルが動き始めていると評価できる。地区の健康数値が「見える化」されると、地区間の競争意識が働いて、町内会単位の取組みの「やる気」が増すと報告されている。今後は、例えば糖尿病対策による認知症予防効果など具体的検証テーマに順次展開していく予定である。エビデンスに基づく地域福祉政策的な介入によって、予測される地区ごとの将来の要介護者等をどれだけ緩和することができたか等を数値化して示していくことができれば、より EBPM は進むであろう。

参考文献

伊藤公一郎（2017）『データ分析の力 因果関係に迫る思考法』光文社新書。

近藤絢子（2017）「人手不足なのに賃金が上がらない三つの理由」玄田有史編『人手不足なのになぜ賃金が上がらないのか』慶應義塾大学出版会。

佐渡充洋他（2015）「わが国における認知症の経済的影響に関する研究」厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）平成 26 年度総括・分担研究報告書。

塚原康博（2011）「医療サービス活動における産業・雇用連関分析の展開」『季刊社会保障研究』47(2)、pp.104-118。

日経ビッグデータ編集部（2016）『RESAS の教科書』日経 BP 社。

林健一（2015）「地方自治体における重要業績評価指標の活用状況について：若干の「まち・ひと・しごと創生総合戦略」を事例として」『中央学院大学社会システム研究所紀要』16(1)、pp.30-46。